

上部消化管内視鏡検査(胃カメラ)受診票

【 氏 名 】 _____ 様

【 検 査 日 】 _____ 年 _____ 月 _____ 日 ()

【 来所時間 】 _____ 時 _____ 分

- ・ 健診当日は尿検査をする場合があります。
- ・ 健診は一部を除き午前中で終了する予定です。
- ・ 常用薬のある方は、薬局でもらう説明書またはお薬手帳をお持ちください。
- ・ ご都合によりやむを得ず健診日の変更を希望される場合、又は健診に遅れる場合には下記へ早めにご連絡願います。

パナソニック健康保険組合 健康管理センター（東京）ご案内図

〒105-0003

東京都港区西新橋3丁目8番3号
ランディック新橋ビル3階

アクセス

- ① J R 『新橋駅』 烏森口より徒歩8分
- ② 都営三田線 『内幸町駅』 A3出口より徒歩5分
- ③ 都営三田線 『御成門駅』 A5出口より徒歩5分

TEL:03-5777-8910 Pana-Van:7-496-2300 (受付時間 8:30~17:00)



※日比谷通りに面したランディック新橋ビルで、健診受付は3階になります。

1階のジャガーショールームは2018年9月に移転いたしました。

※開館時間は午前8時30分からとなります。

上部消化管内視鏡検査（胃カメラ）説明書

日本消化器内視鏡学会のガイドライン(2012年7月)に沿い、より安全かつ安心に内視鏡検査を受けていただくために、文章による検査説明をさせていただきます。お手数ですが、本書の説明をよくお読みになり、下記にご記入・ご署名の上、検査当日にお持ちください。

(この説明書に関するご質問は、健康管理センター(東京)消化器担当までお寄せください。)

<血液をサラサラにする薬を飲んでおられる方へ>

血液をサラサラにする薬は休薬しないでください。

- ・休薬することにより、血栓症の症状(心筋梗塞や脳梗塞など)が起こる危険があります。
- ・組織を採取する検査(生検)により出血が止まりにくい可能性があるため、当科では内視鏡観察のみとし、生検は行いません。生検が必要な病変が認められた場合は、他の医療施設に紹介させていただきます。

【上部消化管内視鏡検査の流れ】

口から太さ約7.9mmの内視鏡を挿入し、食道・胃・十二指腸を観察して病変の有無を調べる検査です。

- 検査前日
 - ①夕食は、固いものを避け消化の良いものを午後9時までに済ませ、それ以後は何も食べないでください(水・お茶などは飲んで構いません)。
 - ②就寝前の薬を服用されている方は、いつものようにお飲みください。
- 検査当日
 - ①朝食は、絶対にとらないでください(コップ1杯程度の水は結構です)。
 - ②血液をサラサラにする薬・てんかん・心臓・高血圧の薬は午前6時までに飲んでください。糖尿病で内服またはインスリン治療を受けておられる方は、必ず、主治医の指示をお受けください。また、服薬指導表がございましたら、お持ちください。
- 前処置方法
 - ①粘液を溶かし泡を消す液を飲んだ後、凍った麻酔薬を口に含み溶けた薬を飲み込みます。
 - ②肩に胃の動きを抑える注射をする場合があります(目の焦点が合わないことや、男性では尿が出にくくなる場合がありますが、短時間で回復します)。
 - ③取り外せる義歯をはずし、口紅を落とします。
- 検査時
 - ①通常、検査は5～10分程度です。
 - ②色素をかけて観察したり、組織を採取して細胞の検査(生検)をすることがあります。
- 検査終了後
 - ①しばらくはのどの麻酔が効いていますので、約1時間は飲食できません。
 - ②色素をかけて観察した場合、便に色が付いたり、胸焼けが残る場合がありますが、心配ありません。
 - ③組織を採取した場合は、出血予防のため当日は刺激物摂取と飲酒は避けてください。
- 偶発症
 - ①ごくまれに、ショック、出血、穿孔などの偶発症が生じた場合、入院や緊急の処置・手術が必要となることがあります。全国調査によれば、病気で入院中の方などを含んだ全受診者に対する“観察と生検のみ”の上部消化管内視鏡の偶発症発生率は、0.005% (うち死亡0.00019% 約53万人に1人)です。万一の際は最善を尽くして対処させていただきます。

上記の文章をご確認の上、下記にご記入・ご署名いただき、上部消化管内視鏡検査時にお持ち下さい。

①上部消化管内視鏡検査を受けたことがある : (初めて・2回目・3回以上)

②前回の検査で苦しかったこと、心配なことがあればご記入ください。

【
③今回の検査で、“がん”などの悪性病変が発見された場合、告知されることを望まれますか?
(望む ・ 望まない)

望まないと答えられたほうは、どなたにご相談させていただいたら宜しいでしょうか。

【
④私は上記の検査の説明を十分に理解した上で上部消化管内視鏡検査を受けます。

健康管理センター 所長 様

被保険者番号

年 月 日

氏名